

Condiciones de empleo y precariedad laboral de los médicos de México: análisis basado en una encuesta nacional

Job conditions and precarious work among Mexican physicians: an analysis based on a national survey

Condições de emprego e precariedade laboral dos médicos do México: análise baseada em pesquisa nacional

Julio César Montañez-Hernández ¹
Sandra Patricia Díaz-Portillo ²
Germán Guerra ^{1,3}
Hortensia Reyes-Morales ¹

doi: 10.1590/0102-311XES042321

Resumen

El objetivo fue describir las características socioeconómicas y condiciones de empleo del personal médico en México. Estudio transversal con base en la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) de México, de los 4 trimestres de 2019 y el primer trimestre de 2020. Incluimos a todos los médicos con estudios universitarios concluidos. La variable precariedad laboral acumulada fue construida como la suma de cinco variables binarias relacionadas con el salario mínimo, jornada laboral, carencias de contrato, de seguridad y de prestaciones sociales. Con esta suma no ponderada, clasificamos las condiciones laborales en baja (1), media (2 a 3), alta (4 a 5), y ausencia de precariedad laboral (0). En el sector público, 13,4% y 3,3% de los médicos tienen precariedad laboral media y alta, respectivamente; los porcentajes son mayores en el sector privado, 38,5% y 7,7% ($p < 0,01$), respectivamente, debido principalmente a las carencias de contrato escrito y seguro médico. Estas condiciones se exacerban en las mujeres que trabajan en los consultorios médicos de las empresas del sector privado donde 75,2% y 6% de ellas tienen precariedad media y alta, respectivamente, mientras que en los hombres los porcentajes son 15,6 y 7,7%, respectivamente, ($p < 0,01$). Existe precariedad laboral en el sector salud mexicano; las condiciones laborales de los médicos del sector privado son más precarias que en el sector público, particularmente en los consultorios del sector privado, donde las mujeres están más expuestas a empleos precarios.

Médicos Generales; Personal de Salud; Empleo; Consultorios Médicos

Correspondencia

G. Guerra
Instituto Nacional de Salud Pública.
Avenida Universidad 655, Oficina 229, Colonia Santa María
Ahuacatlán, Cuernavaca / Morelos 62100, México.
german.guerra@insp.mx

¹ Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.

² Evisys Consulting, Ciudad de México, México.

³ Université de Genève, Geneva, Switzerland.



Introducción

En México, el sistema de salud está constituido por el sector público y privado ¹. El sector público lo conforman las instituciones que brindan servicios de salud a los trabajadores formales y sus familias (bajo un esquema de seguridad social derivado de la relación contractual reconocida entre trabajador, empleador y Estado) y, por otro lado, las instituciones que atienden a los trabajadores informales, población desocupada, y las personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo ^{1,2}. En el sector privado se encuentran las organizaciones que brindan servicios a población con capacidad de pago ¹.

En todo sistema de salud, los recursos humanos, principalmente los médicos, son un componente fundamental para la provisión adecuada y suficiente de los servicios. Sin embargo, en México el campo laboral para los médicos generales en las instituciones públicas está muy restringido, pues se prioriza la contratación de médicos especialistas, aún para la atención de primer contacto donde la especialidad en medicina familiar ha tenido mayor demanda en las últimas décadas ^{3,4}.

En el sector público de salud, la mayoría de los trabajadores cuenta con tabuladores salariales ^{5,6}, y están representados por sindicatos ⁷. Si bien, en los últimos años se han realizado contrataciones anuales de hasta mil médicos generales, en otros años esta cifra ha sido prácticamente nula ⁸. Algunas de las contrataciones han sucedido en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la principal institución pública de seguridad social, que entre 2003 y 2015 aumentó su número de médicos en 40% (14.565 médicos) ⁹. Asimismo, el Seguro Popular, creado en 2003 para dar protección financiera a las personas sin seguridad social otorgándoles el acceso a la atención a la salud en los servicios públicos ^{1,10}, permitió el cambio de estatus laboral de 24.534 trabajadores que estaban contratados por honorarios en 2009, un hecho inédito en los últimos 25 años en México ¹¹. A pesar de ello y como consecuencia del alto número de médicos egresados cada año de las universidades, alrededor de 12 mil anualmente, así como por las escasas oportunidades de empleo que el sistema público de salud ofrece, la mayoría de los médicos que no logran ser contratados se ven obligados a trabajar de manera independiente, o bien a emplearse en alguna otra actividad que puede estar o no relacionada con la atención a la salud ⁸.

El sistema de salud mexicano enfrenta importantes retos para alcanzar la cobertura universal y garantizar el acceso a los servicios de salud ^{2,12}, lo que se refleja en la utilización de servicios privados por parte de la población para atender sus necesidades ¹³, donde los tiempos de espera son inferiores a los tiempos en las instituciones públicas ^{1,14}, además de la cercanía y precios accesibles ¹⁴. Como consecuencia de la demanda por los servicios privados, aunado a otros factores contextuales como la prohibición de venta de antibióticos sin receta médica ^{15,16}, desde 2010 se ha reportado un incremento en la oferta de servicios ambulatorios privados, a través de la expansión de los consultorios adjuntos a farmacias (CAF), y en consecuencia un mayor número de médicos generales trabajan en estos consultorios ^{15,17}.

Estudios previos realizados para México revelan diversas problemáticas con relación a los recursos humanos para la salud, como la distribución desigual del personal médico entre las regiones ¹⁸, y altas tasas de desperdicio laboral, este último entendido como el porcentaje de médicos que están desempleados o trabajan en su profesión menos de 20 horas semanales, o que tienen un empleo distinto al de su formación profesional o realizan labores en el hogar como actividad principal, y por tanto no ejercen la medicina ¹⁹. Asimismo, se han realizado estudios que revelan las condiciones de empleo desfavorables en el personal médico que labora en el sector privado, particularmente en los CAF ^{15,16,20,21}.

La precariedad laboral se ha definido como un constructo multidimensional que abarca formas de empleo que implican contratos de trabajo atípicos, prestaciones sociales y derechos laborales limitados, incertidumbre laboral, permanencia temporal en el trabajo, salario bajo o inadecuado, y altos riesgos para la salud ^{22,23,24}. Asimismo, se ha encontrado que las mujeres muestran mayor precariedad laboral con respecto a bajos ingresos ²⁵, incertidumbre en los horarios y permanencia en el empleo ²⁶.

La relevancia de garantizar condiciones de trabajo adecuadas del personal médico hace necesario profundizar en el análisis de su situación, con el propósito de identificar áreas de oportunidad para su mejora. Por lo anterior, el objetivo de nuestro estudio fue analizar las condiciones de empleo y precariedad laboral de los médicos mexicanos con base en una encuesta nacional de empleo, y describir estas condiciones laborales en los sectores público y privado.

Material y métodos

Realizamos un estudio transversal con base en la *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo* (ENOE), de los 4 trimestres de 2019 y el primer trimestre de 2020. La ENOE tiene un diseño probabilístico, biétipico, estratificado y por conglomerados, se levanta trimestralmente, tiene cobertura geográfica nacional y estatal, y su objetivo es proporcionar información sobre las características ocupacionales de la población de 15 años y más²⁷. Las bases de datos están disponibles públicamente y no contienen información identificable de los individuos. La ENOE tiene un diseño longitudinal donde en cada trimestre 20% de los hogares son reemplazados, de manera que cada hogar permanece en la muestra durante 5 trimestres. En este estudio, seleccionamos a todos los hogares que fueron visitados por primera vez en cada trimestre de 2019 y durante el primer trimestre de 2020.

Variables

• Precariedad laboral acumulada

Esta variable mide tres dimensiones laborales^{28,29,30}: (i) económica, que considera el nivel de ingresos percibidos, tomando como referencia el salario mínimo; (ii) legal, que considera la existencia de un contrato escrito y la duración de la jornada laboral, (iii) seguridad ocupacional, que incluye la afiliación a la seguridad social (comprende prestaciones médicas, económicas y sociales)³¹.

Para su construcción, se construyeron las siguientes cinco variables binarias en función de las condiciones laborales de los médicos y cada una caracteriza una condición de precariedad: (i) precariedad por ingreso (sí = 1, no = 0): cuando el ingreso es inferior o hasta dos veces el salario mínimo en México, que al momento de la realización de este estudio era de 3.697 pesos mexicanos mensuales (o 339 dólares estadounidenses, poder de paridad de compra = 9,50)³²; (ii) precariedad por jornada laboral (sí = 1, no = 0): cuando esta es inferior a 35 horas semanales (tiempo parcial) o superior a 48 horas (exceso de trabajo); (iii) precariedad por carencia de contrato escrito (sí = 1, no = 0); (iv) precariedad por carencia de beneficios sociales (sí = 1, no = 0), que comprenden beneficios como fondo de retiro, crédito para vivienda, seguro de vida, entre otros; y (v) precariedad por carencia de seguro médico en las instituciones de la seguridad social (sí = 1, no = 0).

La precariedad laboral acumulada se construyó con la suma de las cinco variables anteriores, por lo que sus valores van de 0 a 5, y clasificamos al personal médico en cuatro categorías según sus valores de precariedad acumulada^{29,30}: ausencia de precariedad (precariedad acumulada = 0), precariedad baja (precariedad acumulada = 1), precariedad media (precariedad acumulada = 2 ó 3), y precariedad alta (precariedad acumulada = 4 ó 5).

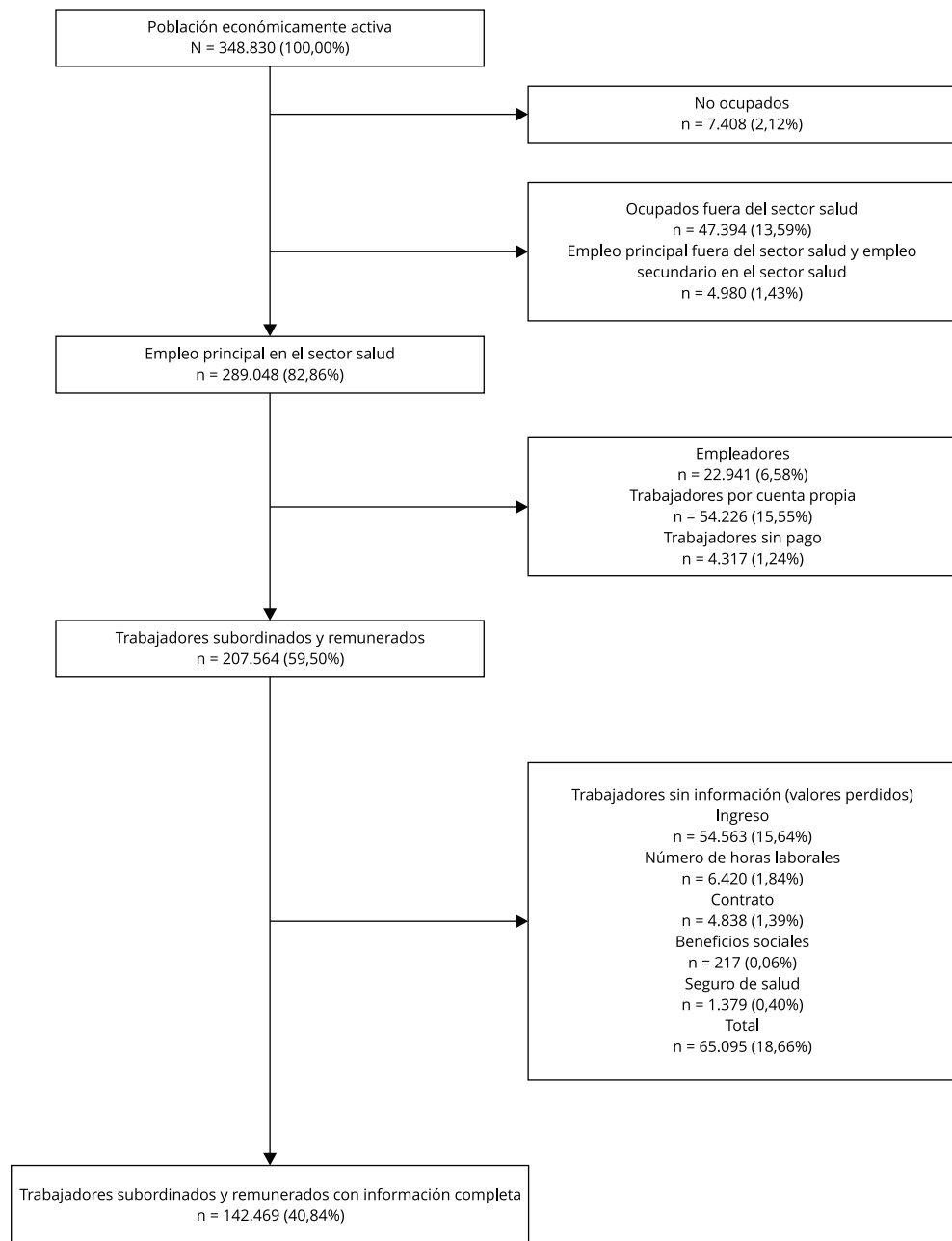
Criterios de selección

En una primera etapa de la selección, la muestra inicial consistió en 348.830 individuos (Figura 1), y agrupó a todos los médicos con estudios universitarios concluidos pertenecientes a la población económicamente activa. Realizamos la descripción de todos los médicos población económicamente activa ocupados, considerando variables como edad, condición de pareja (con pareja y sin pareja), escolaridad (licenciatura, especialidad), tamaño de la localidad de residencia (rural: localidades con menos de 2.500 habitantes; semiurbano: localidades entre 2.500 y 14.999; urbano: localidades de 15.000 a 99.999 habitantes; metropolitano: localidades con 100.000 o más habitantes), el sector de ocupación (público, privado), y número de empleos en el sector salud.

En una segunda etapa solo incluimos a los médicos cuyo empleo principal se relaciona con actividades realizadas en los servicios de salud (N = 289.048). Consideramos variables como el sector de ocupación, escolaridad, lugar donde brinda la atención médica (consultorio u hospital), posición en la ocupación (subordinados y remunerados, empleadores, trabajadores por cuenta propia, o trabajador sin pago), y entidad o institución donde trabajan (sector público: entidades administradas por el gobierno, universidades o asociaciones civiles; sector privado: consultorios privados independientes, consultorios médicos que pertenecen a compañías mercantiles, hospitales particulares).

Figura 1

Selección de la muestra. *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)*, 4 trimestres de 2019 y el primer trimestre de 2020.



Finalmente, para clasificar al personal médico según su precariedad laboral acumulada, solo incluimos a los médicos subordinados y remunerados con información completa en cada una de las cinco variables que caracterizan alguna condición de precariedad, y los clasificamos en ausencia de precariedad, precariedad baja, moderada, o alta. Solo fue posible medir esta variable en 142.469 individuos (Figura 1).

Análisis

Todos los análisis se realizaron por sexo y diferenciando entre sector público y privado, estimamos porcentajes e intervalos de 95% de confianza (IC95%), y evaluamos las diferencias de estos porcentajes por sexo y sector a través de pruebas chi-cuadradas de Pearson, considerando $p < 0,05$ para la significancia estadística. Los análisis se realizaron utilizando los factores de expansión y el diseño complejo de la encuesta con el paquete Stata 15.0 (<https://www.stata.com>).

Resultados

El personal médico que pertenece a la población económicamente activa fue de 348.830 médicos, de los cuales 97,9% están ocupados y, entre estos, 70,6% tienen licenciatura y 29,4% cuentan con una especialidad o posgrado, casi la mitad (49,6%) tiene entre 25 y 44 años de edad y el segundo grupo etario más frecuente es el de 45 a 64 años (39,4%). Con respecto al sector de ocupación, 54,1% trabaja en el sector público y el resto en el sector privado (45,9%); casi tres cuartas partes tiene su único empleo principal en el sector salud (74,2%) y 10,5% tiene tanto su empleo principal como el secundario en este sector. En la distribución por sexo, un mayor porcentaje de mujeres tiene entre 25 y 44 años de edad en comparación con los hombres (58,4 y 43,1%, respectivamente, $p < 0,01$), y de manera más frecuente reportan no tener pareja (48,6% en mujeres y 29,3% en hombres, $p < 0,01$) (Tabla 1).

Entre los médicos cuyo empleo principal es en el sector salud ($N = 289.048$), 56,5% trabaja en el sector público y 43,5% en el sector privado. Dentro del sector público, 37,1% de estos médicos tienen alguna especialidad, una gran mayoría son subordinados y remunerados (97,5%), tres cuartas partes brinda atención médica en hospitales (75,3%) y el resto en consultorios médicos (24,7%) y, al considerar el sexo, un mayor porcentaje de mujeres tiene especialidad o posgrado con relación a los hombres (42,2% en mujeres, y 32,4% en hombres, $p < 0,05$) (Tabla 2). Por otro lado, entre el personal médico que tiene su empleo principal en el sector privado, 68,2% trabaja en consultorios independientes, 10,3% en consultorios de compañías mercantiles, y 21,5% en hospitales particulares; y con respecto a la posición en el trabajo, 43,1% de estos médicos trabaja por cuenta propia, 38,5% es subordinado y remunerado, y el resto es empleador de otros médicos (18,2%) o es trabajador sin pago (0,2%) (Tabla 2).

Las condiciones de precariedad laboral del personal médico subordinado y remunerado se muestran en la Tabla 3. Dentro de los 38.414 médicos que trabajan en el sector privado, 20,5% tienen un ingreso inferior o hasta 2 salarios mínimos, 21,3% carecen de contrato escrito, 27,8% de beneficios sociales, y 43,9% de seguro médico, mientras que estos porcentajes son notablemente inferiores dentro de los 104.055 médicos que trabajan en el sector público (17,1%, 4,1%, 12,1%, y 11,3%, respectivamente); en particular, se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos sectores en aspectos como carencias de contrato escrito, beneficios sociales y seguro médico ($p < 0,01$, $p = 0,052$, $p < 0,01$, respectivamente); por lo anterior, en el sector privado se observan mayores porcentajes de precariedad laboral acumulada media y alta (38,5% y 7,7%, respectivamente) que en el sector público (13,4% y 3,3%, respectivamente) ($p < 0,01$), y además casi la mitad del personal médico que trabaja en el sector público no muestra alguna condición de precariedad (48,9%).

Con respecto al análisis por sexo, solo existen diferencias estadísticamente significativas en la precariedad por jornada laboral entre quienes trabajan en el sector público, donde un menor porcentaje de mujeres con relación a los hombres trabaja a tiempo parcial o con exceso de trabajo (31,5% y 43,6%, respectivamente, $p < 0,05$).

Por último, la Tabla 4 muestra la precariedad laboral acumulada en quienes trabajan en los consultorios médicos de compañías mercantiles o en hospitales privados. En los consultorios médicos, se observa un mayor porcentaje de mujeres, con relación a los hombres, en las cinco variables que caracterizan una condición de precariedad y, en particular, casi la mitad de ellas (49,9%) tiene un ingreso inferior a dos salarios mínimos (mientras que 10,9% de los hombres tiene esta condición, $p < 0,01$), 64,3% trabaja a tiempo parcial o con exceso de trabajo (18% en hombres, $p < 0,01$), y 35,3% carece de beneficios sociales (15,6% en hombres, $p < 0,01$). Por lo anterior, mientras que 59,2% de los hombres no muestra alguna condición de precariedad y 15,6% tiene precariedad acumulada media, 75,2% de las mujeres tiene precariedad acumulada media y solo 14,6% no muestra alguna condición

Tabla 1

Características socioeconómicas de los médicos mexicanos. *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)*, 4 trimestres de 2019 y el primer trimestre de 2020.

| | Total % (IC95%) | Mujeres % (IC95%) | Hombres % (IC95%) | Valor de p |
|--------------------------------------|--------------------|----------------------|----------------------|------------|
| Población económicamente activa (N) | 348.830 | 147.494 | 201.336 | |
| Ocupados | 97,9 (96,6-98,7) | 98,8 (95,1-99,7) | 97,2 (95,7-98,2) | 0,327 |
| Edad (años) | | | | |
| Menor de 25 | 3,8 (2,6-5,4) | 4,7 (2,6-8,3) | 3,1 (2,1-4,4) | < 0,01 |
| 25-44 | 49,6 (45,3-54,0) | 58,4 (51,9-64,5) | 43,1 (37,3-49,2) | |
| 45-64 | 39,4 (35,2-43,8) | 34,4 (28,2-41,2) | 43,2 (37,3-49,3) | |
| 65 y más | 7,2 (5,5-9,3) | 2,5 (1,1-5,4) | 10,6 (8,0-14,0) | |
| Escolaridad | | | | |
| Licenciatura | 70,6 (66,2-74,6) | 68,0 (61,4-73,9) | 72,6 (67,9-76,8) | 0,171 |
| Especialidad | 29,4 (25,4-33,8) | 32,0 (26,1-38,6) | 27,4 (23,2-32,1) | |
| Condición de pareja | | | | |
| Con pareja | 62,5 (57,8-67,0) | 51,4 (44,3-58,5) | 70,7 (65,3-75,6) | < 0,01 |
| Sin pareja | 37,5 (33,0-42,2) | 48,6 (41,5-55,7) | 29,3 (24,4-34,7) | |
| Tamaño de la localidad de residencia | | | | |
| Metropolitano | 73,7 (70,9-76,3) | 72,9 (67,6-77,5) | 74,3 (70,4-77,8) | 0,308 |
| Urbano | 12,9 (11,3-14,6) | 14,2 (11,2-17,9) | 11,8 (10,0-14,0) | |
| Semiurbano | 8,3 (6,5-10,5) | 6,7 (4,5-10,0) | 9,4 (6,7-13,2) | |
| Rural | 5,2 (4,0-6,7) | 6,2 (3,7-10,1) | 4,5 (3,7-5,4) | |
| Sector de ocupación | | | | |
| Público | 54,1 (49,4-58,7) | 58,8 (51,5-65,7) | 50,6(45,3-55,9) | 0,059 |
| Privado | 45,9 (41,3-50,6) | 41,2 (34,3-48,5) | 49,4(44,1-54,7) | |
| Número de empleos en sector salud | | | | |
| Solo empleo principal | 74,2 (69,8-78,0) | 77,8 (71,1-83,3) | 71,4 (66,5-75,9) | 0,179 |
| Empleo principal y secundario | 10,5 (7,4-14,8) | 7,7 (4,0-14,5) | 12,6 (9,3-16,7) | |
| Solo empleo secundario | 1,5 (0,9-2,4) | 1,2 (0,7-2,2) | 1,6 (0,8-3,3) | |
| Otro sector | 13,9 (11,5-16,7) | 13,2 (9,5-18,1) | 14,4 (11,3-18,2) | |

IC95%: intervalo de 95% de confianza.

de precariedad ($p < 0,01$). En los hospitales, contrario a lo observado en los consultorios privados, las condiciones de precariedad relacionadas con el ingreso, carencias de beneficios sociales y seguro médico son mayores en los hombres que en las mujeres (aunque sin diferencias significativas), y un mayor porcentaje de mujeres no muestra alguna condición de precariedad con respecto a los hombres (64,9 y 40,9%, respectivamente, $p < 0,05$).

Discusión

Hasta donde conocemos, este es el primer estudio que analiza las condiciones de empleo del personal médico en México a nivel nacional. Nuestros resultados identifican la existencia de precariedad laboral en los médicos que trabajan en el sector salud, particularmente en el sector privado, donde los porcentajes de precariedad media y alta son mayores que en el sector público, y se expresan aún más en las mujeres.

Asimismo, nuestros hallazgos muestran que el sector público continúa siendo el principal empleador del personal médico en México, no obstante, llama la atención la ausencia de beneficios sociales o seguro de salud en algunos trabajadores de este subsector, el cual se ha caracterizado por brindar

Tabla 2

Características del empleo principal de los médicos mexicanos con empleo principal en el sector salud. *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)*, 4 trimestres de 2019 y el primer trimestre de 2020.

| | Total [N = 289.048] % (IC95%) | Mujeres [n = 124.641] % (IC95%) | Hombres [N = 164.407] % (IC95%) | Valor de p |
|---|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------|
| Sector público | 56,5 (51,3-61,5) | 62,8 (54,8-70,1) | 51,7 (45,8-57,5) | 0,019 |
| Escolaridad | | | | |
| Licenciatura | 62,9 (55,8-69,4) | 57,8 (48,9-66,1) | 67,6 (59,6-74,7) | 0,036 |
| Especialidad | 37,1 (30,6-44,2) | 42,2 (33,9-51,1) | 32,4 (25,3-40,4) | |
| Entidad o institución | | | | |
| Escuela/Clínica/Hospital administrada por el gobierno | 98,7 (97,5-99,3) | 98,6 (97,8-99,1) | 98,8 (96,1-99,6) | 0,811 |
| Universidades o asociaciones civiles | 1,3 (0,7-2,5) | 1,4 (0,9-2,2) | 1,2 (0,4-3,9) | |
| Lugar de trabajo donde brinda atención médica | | | | |
| Consultorios médicos y dentales * | 24,7 (19,9-30,3) | 25,3 (18,9-33) | 24,1 (18,0-31,5) | 0,792 |
| Hospitales generales/psiquiátricos y adicciones * | 75,3 (69,7-80,1) | 74,7 (67,0-81,1) | 75,9 (68,5-82,0) | |
| Posición en la ocupación | | | | |
| Subordinados y remunerados | 97,5 (96,1-98,4) | 98,5 (96,2-99,4) | 96,6 (94,5-97,9) | 0,114 |
| Trabajador sin pago | 2,5 (1,6-3,9) | 1,5 (0,6-3,8) | 3,4 (2,1-5,5) | |
| Sector privado | 43,5 (38,5-48,7) | 37,2 (29,9-45,2) | 48,3 (42,5-54,2) | |
| Escolaridad | | | | |
| Universidad | 73,3 (68-78,1) | 73,8 (64,2-81,6) | 73,0 (67,6-77,9) | 0,866 |
| Especialidad | 26,7 (21,9-32) | 26,2 (18,4-35,8) | 27,0 (22,1-32,4) | |
| Entidad o institución | | | | |
| Consultorio independiente (personal o familiar) | 68,2 (58,8-76,3) | 65,8 (52,6-76,9) | 69,6 (59,2-78,4) | 0,808 |
| Consultorio de compañía mercantil | 10,3 (6,0-17,0) | 10,0 (4,8-19,7) | 10,4 (4,8-21,3) | |
| Hospital particular o institución educativa | 21,5 (15,7-28,6) | 24,2 (14,3-37,9) | 19,9 (13,9-27,7) | |
| Lugar de trabajo donde brinda atención médica | | | | |
| Consultorio médico | 78,5 (71,4-84,3) | 75,8 (62,1-85,7) | 80,1 (72,3-86,1) | 0,512 |
| Hospital particular | 21,5 (15,7-28,6) | 24,2 (14,3-37,9) | 19,9 (13,9-27,7) | |
| Posición en la ocupación | | | | |
| Subordinados y remunerados | 38,5 (30,2-47,5) | 40,9 (30,4-52,3) | 37,1 (27,6-47,7) | 0,790 |
| Empleadores | 18,2 (15,1-21,8) | 16,7 (11,3-24,0) | 19,1 (15,5-23,4) | |
| Trabajador por cuenta propia | 43,1 (35,2-51,4) | 42,2 (31,9-53,3) | 43,6 (34,2-53,5) | |
| Trabajador sin pago | 0,2 (0,1-0,4) | 0,2 (0,1-1,3) | 0,2 (0,2-0,2) | |

IC95%: intervalo de 95% de confianza.

* ENOE: clasificaciones de acuerdo con el Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte 2018 (SCIAN 2018).

mejores condiciones laborales que el sector privado ²⁸. Lo anterior señala que el fenómeno de la precarización afecta incluso a aquellos que cuentan con un trabajo estable ³³ y que laboran para las instituciones del Estado ³⁴. Estudios previos documentan que el fenómeno de precarización laboral en el sector salud se presenta en otros países de Latinoamérica como Brasil y Argentina, tanto en los sectores público y privado, y en otras profesiones como la enfermería ^{29,30}, con heterogeneidad en las modalidades de contratación, necesidad de pluriempleo con la consecuente extensión de las jornadas de trabajo, y la presencia de *burnout* ^{34,35}.

La precarización laboral del personal médico, principalmente en el sector privado, no es exclusiva de México ³⁶, ni del sector salud ³³, y responde a la tendencia en las últimas décadas de “flexibilizar” el mercado de trabajo, en aras de aumentar el empleo y el desarrollo económico, en detrimento de las condiciones de trabajo, con jornadas laborales prolongadas, pérdida de negociación de los sindicatos, ausencia de contratos, incremento de contratación temporal, y prestaciones laborales restringidas

Tabla 3

Precariedad laboral de los médicos mexicanos ocupados en los sectores públicos y privados. *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)*, 4 trimestres de 2019 y el primer trimestre de 2020.

| | Sector público | | | Valor de p | Sector privado | | | Valor de p * | |
|---|----------------------------|---------------------------|---------------------------|------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------|--------|
| | Total | Mujeres | Hombres | | Total | Mujeres | Hombres | | |
| | [N = 104.055] % (IC95%) | [n = 51.727] % (IC95%) | [n = 52.328] % (IC95%) | | [N = 38.414] % (IC95%) | [n = 14.344] % (IC95%) | [n = 24.070] % (IC95%) | | |
| Condición de precariedad | | | | | | | | | |
| Ingreso inferior o hasta 2 salarios mínimos | 17,1 (9,7-28,5) | 14,9 (7,8-26,8) | 19,3 (10,3-33,1) | 0,359 | 20,5 (13,1-30,7) | 29,5 (14,8-50,2) | 15,2 (10,3-21,8) | 0,087 | 0,623 |
| Con tiempo parcial o exceso de trabajo | 37,6 (29,7-46,1) | 31,5 (24,3-39,7) | 43,6 (33,2-54,5) | < 0,05 | 32,3 (22,4-44,1) | 35,2 (18,7-56,2) | 30,5 (23,8-38,3) | 0,543 | 0,511 |
| Carencia de contrato escrito | 4,1 (3,0-5,6) | 3,3 (2,2-5,1) | 4,8 (3,1-7,6) | 0,231 | 21,3 (13,9-31,1) | 28,2 (16,4-43,9) | 17,1 (8,6-31,2) | 0,232 | < 0,01 |
| Carencia de beneficios sociales | 12,1 (5,6-24,4) | 10,8 (5,6-20) | 13,4 (5,4-29,7) | 0,375 | 27,8 (19,5-38,0) | 30,0 (16,2-48,7) | 26,5 (16,4-39,8) | 0,738 | 0,052 |
| Carencia de seguro médico | 11,3 (8,7-14,5) | 13,2 (9,1-18,7) | 9,4 (6,8-12,8) | 0,152 | 43,9 (38,0-49,9) | 37,1 (23,8-52,5) | 48,0 (38,3-57,8) | 0,294 | < 0,01 |
| Precariedad laboral acumulada | | | | | | | | | |
| Ausencia de precariedad | 48,9 (41,0-56,7) | 54,5 (45,4-63,3) | 43,3 (33,6-53,5) | 0,145 | 36,4 (26,4-47,8) | 36,7 (22,9-53,2) | 36,3 (24,9-49,4) | 0,070 | < 0,01 |
| Precariedad baja | 34,5 (27,0-42,8) | 30,0 (21,9-39,7) | 38,8 (29,3-49,3) | | 17,4 (11,7-24,9) | 15,0 (7,2-28,7) | 18,8 (11-30,1) | | |
| Precariedad media | 13,4 (6,6-25,2) | 11,8 (6,1-21,6) | 14,9 (6,6-30,2) | | 38,5 (27,1-51,4) | 32,8 (17,3-53,3) | 42,0 (29,5-55,5) | | |
| Precariedad alta | 3,3 (2,1-5,3) | 3,7 (1,8-7,2) | 3,0 (1,7-5,4) | | 7,7 (3,8-15,0) | 15,5 (6,3-33,4) | 3,0 (1,9-4,9) | | |

IC95%: intervalo de 95% de confianza.

* Valor de p de la comparación de los totales: público vs. privado.

o inexistentes ³⁷. Este proceso de flexibilización, a su vez, tiene como consecuencia la absorción de la fuerza de trabajo -principalmente más joven- en el sector informal de la economía. En contextos como el mexicano, donde casi una tercera parte de la fuerza de trabajo se emplea en dicho sector, la flexibilización y, como consecuencia, la progresiva precarización del trabajo parece no ser privativa de las actividades terciarias de subsistencia (comercio al por menor o negocios familiares) ³⁸ sino también en la ocupación de los recursos humanos en salud, como lo sugieren nuestros resultados.

A nivel mundial se ha reportado que las mujeres que trabajan en el sector salud tienen un ingreso 11% inferior al de los hombres ³⁹. En México, como en otros países ⁴⁰, la entrada al mercado laboral de las mujeres médicas ha ido creciendo hasta casi duplicarse en un periodo de 12 años, sin embargo, se ha mostrado que ello no necesariamente conlleva a un empleo dentro del sector salud, ya que se han observado altas tasas de desperdicio laboral en los profesionales de ambos sexos ¹⁹. En nuestros hallazgos, no se encontraron diferencias significativas entre los porcentajes de hombres y mujeres con remuneración inferior a dos salarios mínimos que trabajan en el sector público, lo cual podría ser explicado por varias razones: encontramos que existe un mayor porcentaje de mujeres con especialidad que trabajan en este sector y por ello pudieran tener un puesto con mayor responsabilidad y mejor salario. Sin embargo, aunque se ha encontrado que en medicina general y medicina familiar las mujeres perciben mayores ingresos que los hombres, en otras subespecialidades se observa lo contrario ⁴¹. Aunado a lo anterior, en México existen tabuladores salariales en el sector público para las

Tabla 4

Precariedad laboral de los médicos mexicanos ocupados en consultorios médicos de compañías o empresas mercantiles. *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)*, 4 trimestres de 2019 y el primer trimestre de 2020.

| | Sector privado | | | | | | | |
|---|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------|
| | Consultorios médicos de compañías mercantiles | | | | Hospitales privados | | | |
| | Total [N = 11.391] % (IC95%) | Mujeres [n = 4.142] % (IC95%) | Hombres [n = 7.249] % (IC95%) | Valor de p | Total [N = 17.785] % (IC95%) | Mujeres [n = 7.188] % (IC95%) | Hombres [n = 10.597] % (IC95%) | Valor de p |
| Condición de precariedad | | | | | | | | |
| Ingreso inferior o hasta a 2 salarios mínimos | 25,1 (20,8-30,0) | 49,9 (44,1-55,8) | 10,9 (6,7-17,3) | < 0,01 | 19,8 (17,0-23,0) | 14,4 (7,5-25,9) | 23,5 (19,5-28,0) | 0,147 |
| Con tiempo parcial o exceso de trabajo | 34,8 (31,0-38,9) | 64,3 (58,2-70,0) | 18,0 (11,3-27,5) | < 0,01 | 22,5 (20,2-24,9) | 22,9 (14,0-35,1) | 22,2 (18,4-26,5) | 0,909 |
| Carencia de contrato escrito | 11,1 (10,5-11,7) | 14,6 (10,5-19,9) | 9,1 (6,3-12,9) | 0,140 | 14,7 (11,9-18,1) | 16,9 (8,8-30,0) | 13,2 (11,0-15,8) | 0,444 |
| Carencia de beneficios sociales | 22,7 (17,1-29,6) | 35,3 (29,2-41,9) | 15,6 (8,8-26,1) | < 0,01 | 20,9 (17,8-24,5) | 16,2 (8,3-29,1) | 24,2 (20,1-28,8) | 0,224 |
| Carencia de seguro médico | 37,3 (31,6-43,5) | 42,9 (36,8-49,1) | 34,2 (25,3-44,4) | 0,153 | 25,2 (21,6-29,2) | 16,5 (8,4-30,0) | 31,1 (25,4-37,5) | 0,079 |
| Precariedad laboral acumulada | | | | | | | | |
| Ausencia de precariedad | 43,0 (37,5-48,6) | 14,6 (13,0-16,4) | 59,2 (49,4-68,3) | < 0,01 | 50,6 (46,2-55,0) | 64,9 (47,8-78,9) | 40,9 (30,7-52,0) | < 0,05 |
| Precariedad baja | 12,7 (10,1-15,7) | 4,2 (0,8-19,0) | 17,5 (15,6-19,6) | | 20,7 (17,4-24,4) | 11,7 (5,7-22,6) | 26,8 (21,7-32,5) | |
| Precariedad media | 37,3 (31,9-42,9) | 75,2 (67,7-81,4) | 15,6 (8,3-27,3) | | 25,6 (22,0-29,6) | 17,1 (8,8-30,6) | 31,4 (26,0-37,3) | |
| Precariedad alta | 7,1 (4,9-10,1) | 6,0 (2,6-13,3) | 7,7 (4-14,3) | | 3,1 (2,8-3,4) | 6,3 (4,0-9,8) | 0,9 (0,8-1,1) | |

IC95%: intervalo de 95% de confianza.

distintas categorías de trabajadores de la salud ^{5,6}; no obstante, en nuestro estudio no consideramos la diferencia en el número de horas laborales entre hombres y mujeres, el tipo de especialidad, la denominación del puesto u ocupación laboral, o la experiencia laboral, por lo que es posible que en niveles más altos de salario puedan existir diferencias entre hombres y mujeres.

En los consultorios de empresas privadas, el ingreso, el número de horas laborales y la ausencia de beneficios sociales fueron las condiciones de precariedad que mostraron diferencias por sexo. Si bien estudios de género que analicen las condiciones de empleo en estos consultorios no han sido realizados, los hallazgos coinciden con estudios previos que han reportado diversas modalidades de remuneración de los médicos -como un salario fijo o salario base, salario base más bonos por número de consultas, salario con base en el número de consultas y procedimientos realizados, y en algunos casos de medicamentos prescritos ^{15,21}-; asimismo, se ha reportado que la existencia o no de un contrato puede depender del tipo de consultorio para el cual trabaja el médico ^{15,21}, situación que podría sugerir condiciones laborales más precarias ^{25,39,42,43}.

Si bien es conocido que los egresados de medicina aspiran a ingresar a una residencia médica al aprobar como requisito obligatorio el *Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas* (ENARM), esta oferta educativa ha sido tradicionalmente limitada con un porcentaje anual de admisión alrededor de 26% ^{44,45,46}. Esta situación, aunada a la limitación para incrementar el número de plazas en las

instituciones públicas por el lado de la oferta, y la necesidad de generar un ingreso, por el lado de la demanda, genera un desplazamiento de esta última hacia el sector privado, particularmente hacia los CAF, los cuales han tenido un gran crecimiento en los últimos años, absorbiendo la oferta de médicos que el sector público no puede emplear ^{16,20,21}.

En México persiste la problemática de déficit de recursos humanos en salud. Diversos estudios han señalado la carencia de médicos y enfermeras, con relación a otros países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) ^{1,47}, por lo que se ha señalado la necesidad de una mejor planificación entre las instituciones de salud y las educativas ⁸ y, con ello, el establecimiento de una política explícita de recursos humanos ⁴⁷, necesidad que se presenta en otros países de América Latina ⁴⁸.

Los fenómenos globales indujeron cambios en las economías capitalistas en las últimas tres décadas del siglo pasado, generando transformaciones en los procesos de producción y en la flexibilización del mercado de trabajo ⁴⁹. En el caso de México, como parte de una tendencia mundial y de la liberación económica, en 1994 entró en vigor el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) que permitía inversiones provenientes de Canadá y Estados Unidos en el país ⁵⁰. México atravesó reformas orientadas al mercado, caracterizadas por la liberalización comercial, la privatización y la reducción del gasto público, que afectó no solo a la producción de bienes y servicios privados, sino también a las políticas sociales ⁵¹. El sistema de salud ha incorporado en las últimas tres décadas mecanismos relacionados con la compra y venta de servicios, que incluyen modelos del sector privado como la subcontratación, contratos a tiempo parcial o sustituciones diarias ³⁰. Asimismo, diversos factores han afectado la capacidad del sistema de salud para responder de manera oportuna a la demanda de atención, como el bajo gasto público en salud y las reformas que lo fragmentaron aún más sin reducir las desigualdades ni aumentar su eficiencia o calidad ⁵¹. Como resultado, la población acude a los servicios privados incurriendo en gasto de bolsillo, el cual representa 41% del gasto total en salud ⁵². Este es, posiblemente, uno de los mayores retos que el sistema de salud mexicano deberá atender como una de sus prioridades en política pública.

Nuestro estudio tiene varias limitaciones. Primero, la ENOE no permite caracterizar las condiciones laborales de los individuos que tienen un empleo secundario, ya que no contiene información sobre el sector (público o privado) al que este pertenece, ni el tipo de institución, empresa o negocio. Segundo, en el caso de las empresas mercantiles del sector privado, no es posible saber si es un consultorio adyacente a farmacia u otro tipo de empresa. Tercero, nuestro análisis de la precariedad laboral no considera a aquellos cuyo empleo principal se encuentra fuera del sector salud, que constituyen 15% de la población de médicos ocupada, y es posible que sean caracterizados con alguna condición de precariedad laboral; además casi un tercio del personal subordinado y remunerado fue excluido de la clasificación de precariedad laboral acumulada por no tener información con respecto al ingreso, el número de horas laborales y la existencia de contrato, principalmente. Una cuarta limitación, y quizá la más importante, es el diseño transversal de nuestro estudio, ya que los resultados de estudios previos realizados en población mexicana utilizando la ENOE han reportado altas tasas de rotación laboral asociadas con el estado civil, el ingreso, y la edad ⁵³; además, si bien el análisis contempla la existencia de un contrato escrito, no se considera la duración de este ni su tipología (se ha reportado la existencia de contratos de comodato en los CAF, por ejemplo) ^{20,21}, y cabe señalar que otros estudios consideran que un empleo es precario cuando la duración de este es menor de un año o inclusive cuando no se tiene afiliación a un sindicato ⁵⁴. Una última limitación metodológica se debe a que la ENOE es una encuesta dirigida a toda la población y no es una encuesta específica para la población de médicos. No obstante, la fortaleza de este trabajo es la posibilidad de generar una primera descripción de las características de esta población, a partir de una encuesta nacional de empleo que contiene información reciente y confiable.

Conclusión

La transformación de las economías capitalistas a nivel global en las últimas décadas, la liberalización comercial de los mercados, la transformación de los procesos productivos, y la flexibilización del mercado laboral han generado efectos en las políticas económicas y sociales en México. El sistema de salud mexicano ha experimentado cambios y reformas importantes orientadas a beneficiar a la población. Sin embargo, los efectos de la desregulación estatal a nivel global han sido absorbidos y adaptados en forma de liberalización del mercado laboral en el sector salud, en detrimento de las condiciones de empleo del personal sanitario.

La precariedad laboral puede tener costos a corto y medio plazo en los médicos. A corto plazo puede afectar su salud, calidad de vida y la de sus familias, además de limitar las posibilidades de crecimiento profesional. A medio plazo, puede influir en las tasas de desocupación y desperdicio laboral. Asimismo, puede afectar la calidad de los servicios brindados a la población. Lo anterior hace necesaria la formulación y el establecimiento de una política de recursos humanos en México que considere conjuntamente la formación de los profesionales de la salud y las necesidades de salud de la población, y que a su vez regule el mercado público y privado.

Adicionalmente, en un contexto de pandemia como ha ocurrido con la aparición de COVID-19, que favoreció mayor inestabilidad y riesgos laborales al personal de salud, será importante realizar estudios que analicen el impacto de la pandemia en las condiciones de trabajo de estos médicos, los riesgos a la salud y las implicaciones que dichas condiciones tienen en la calidad de los servicios brindados. La necesidad de protección a los médicos que trabajan en situación desventajosa deberá representar una prioridad en la agenda política, que garantice el otorgamiento obligatorio de la seguridad laboral a los trabajadores del sector salud.

Colaboradores

J. C. Montañez-Hernández contribuyó con la concepción y diseño del estudio, procesamiento, análisis e interpretación de los datos, redacción del manuscrito. S. P. Díaz-Portillo contribuyó con la redacción y revisión crítica del manuscrito. G. Guerra contribuyó con la redacción y revisión crítica del manuscrito. H. Reyes-Morales contribuyó con la redacción y revisión crítica del manuscrito, así como en la verificación de consistencia de contenido y argumentación en todas las versiones previas del documento final. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Informaciones adicionales

ORCID: Julio César Montañez-Hernández (0000-0001-9285-9928); Sandra Patricia Díaz-Portillo (0000-0003-0530-089X); Germán Guerra (0000-0002-1479-6105); Hortensia Reyes-Morales (0000-0002-9763-4143).

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Referencias

- Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Kn-aul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. *Salud Pública Méx* 2011; 53 Suppl 2:S220-32.
- Reyes-Morales H, Dreser-Mansilla A, Arredondo-López A, Bautista-Arredondo S, Ávila-Burgos L. Análisis y reflexiones sobre la iniciativa de reforma la Ley General de Salud de México 2019. *Salud Pública Méx* 2019; 61:685-91.
- Varela-Rueda CE, Reyes-Morales H, Albavera-Hernández C, Ochoa-Díaz H, Gómez-Dantés H, García-Peña C. La medicina familiar en México: presente y futuro. *Gac Méd Méx* 2016; 152:135-40.
- Akaki-Blancas JL, López-Bárcena J. Formación de médicos especialistas en México. *Educ Med* 2018; 19 Suppl 1:36-42.
- Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social. Comisión IMSS-SNTSS para la revisión salarial del contrato colectivo de trabajo que tendrá vigencia en el bienio 2020-2021. Tabulador de sueldos para personal de base. <https://sntss.org.mx/filesUpdates/tabulador-de-sueldos.pdf> (accedido el 15/Dic/2020).
- Dirección General de Recursos Humanos. Catálogo de puestos y tabulador de sueldos y salarios para el personal de las ramas médica, paramédica y grupos afines. http://www.dgrh.salud.gob.mx/Servicios/TABULADOR_2020.pdf (accedido el 15/Dic/2020).
- Nigenda G. Servicio social en medicina en México. Una reforma urgente y posible. *Salud Pública Méx* 2013; 55:519-27.
- Graue-Wiechers E. Perspectivas en el futuro cercano. *Gac Méd Méx* 2012; 148:294-301.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Memoria estadística 2017. Estadísticas e informes. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2017> (accedido el 20/Jun/2021).
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Secretaría de Salud. Informe de resultados del Sistema de Protección Social en Salud. Enero – diciembre 2019. http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/2019/Informe_Resultados_SPSS_2019.pdf (accedido el 16/Dic/2020).
- Nigenda G, Ruiz-Larios JA, Aguilar-Martínez ME, Bejarano-Arias R. Regularización laboral de trabajadores de la salud pagados con recursos del Seguro Popular en México. *Salud Pública Méx* 2012; 54:616-23.
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico. Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud. <https://www.oecd.org/els/estudios-de-la-ocde-sobre-los-sistemas-de-salud-mexico-2016-9789264265523-es.htm> (accedido el 15/Dic/2020).
- Colchero MA, Gómez R, Figueroa JL, Rodríguez-Atristain A, Bautista-Arredondo S. Aumento en la oferta de consultorios adyacentes a farmacias y atención en servicios públicos en México entre 2012 y 2018. *Salud Pública Méx* 2020; 62:851-8.

14. Pérez-Cuevas R, Doubova SV, Wirtz VJ, Serván-Mori E, Dreser A, Hernández-Ávila M. Effects of the expansion of doctors' offices adjacent to private pharmacies in Mexico: secondary data analysis of a national survey. *BMJ Open* 2014; 4:e004669.
15. Fundación Mexicana para la Salud. Estudio sobre la práctica de la atención médica en consultorios médicos adyacentes a farmacias privadas. México DF: Fundación Mexicana para la Salud; 2014.
16. Díaz-Portillo SP, Idrovo AJ, Dreser A, Bonilla FR, Matías-Juan B, Wirtz VJ. Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: infraestructura y características del personal médico y su remuneración. *Salud Pública Méx* 2015; 57:320-8.
17. Secretaría de Salud. Histórico de bases CLUES. http://gobi.salud.gob.mx/Bases_Clues.html (accedido el 01/May/2020).
18. Montañez-Hernández JC, Alcalde-Rabanal J, Reyes-Morales H. Socioeconomic factors and inequality in the distribution of physicians and nurses in Mexico. *Rev Saúde Pública* 2020; 54:58.
19. Montañez-Hernández JC, Alcalde-Rabanal J, Nigenda-López G, Aristizábal-Hoyos P, Dini L. Gender inequality in the health workforce in the midst of achieving universal health coverage in Mexico. *Hum Resour Health* 2020; 18:40.
20. Leyva-Piña MA, Pichardo-Palacios S. Los médicos de las farmacias similares: ¿degradación de la profesión médica? *Polis* 2012; 8:143-75.
21. Díaz-Portillo SP, Reyes-Morales H, Cuadra-Hernández SM, Idrovo JA, Nigenda G, Dreser A. Condiciones de trabajo en consultorios adyacentes a farmacias privadas en Ciudad de México: perspectiva del personal médico. *Gac Sanit* 2017; 31:459-65.
22. Cranford CJ, Vosko LF, Zukewich N. The gender of precarious employment in Canada. *Relations Industrielles* 2003; 58:454-82.
23. Benach J, Vives A, Tarafa G, Delclos C, Muntaner C. What should we know about precarious employment and health in 2025? Framing the agenda for the next decade of research. *Int J Epidemiol* 2016; 45:232-8.
24. Kreshpaj B, Orellana C, Burström B, Davis L, Hemmingsson T, Johansson G, et al. What is precarious employment? A systematic review of definitions and operationalizations from quantitative and qualitative studies. *Scand J Work Environ Health* 2020; 46:235-47.
25. Menéndez M, Benach J, Muntaner C, Amable M, O'Campo P. Is precarious employment more damaging to women's health than men's? *Soc Sci Med* 2007; 64:776-81.
26. Lewchuck W, Procyk S, Lafleche M, Rosen D, Dyson D, Shields J, et al. Is precarious employment low income employment? The changing labour market in Southern Ontario. *Just Labour* 2014; 22:51-73.
27. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo-ENOE 2019. <https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/> (accedido el 05/Dic/2020).
28. Román-Sánchez Y. Impactos sociodemográficos y económicos en la precariedad laboral de los jóvenes en México. *Región y Sociedad* 2013; 25:165-202.
29. Aristizabal P, Nigenda G, Serván-Mori E. The precarization of the Mexican nursing labor market: a repeated cross-sectional analysis for the period 2005-2018. *Hum Resour Health* 2019; 17:87.
30. Nigenda G, Serván-Mori E, Aristizabal P, Zárate-Grajales RA. The correlates of precarious working conditions in the Mexican nursing labour market from 2005 to 2018: a repeated cross-sectional study. *J Nurs Manag* 2020; 28:1010-20.
31. Ruiz Moreno AG. Los nuevos paradigmas del derecho de la seguridad social en México. *Revista Latinoamericana de Derecho Social* 2013; (17):31-64.
32. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. OECD statistics, 4. PPPs and exchange rates. <https://stats.oecd.org/> (accedido el 16/Feb/2021).
33. Arias-Uriona AM, Ordóñez JC. Factores de precariedad laboral y su relación con la salud de trabajadores asalariados y con contrato en Bolivia. *Rev Panam Salud Pública* 2018; 42:e98.
34. Organización Panamericana de la Salud. Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/HSS-Cond-Trab-RHS2012.pdf> (accedido el 05/Jul/2021).
35. Matos de Oliveira AL. Brazil: case study on working time organization and its effects in the health services sector. Geneva: International Labour Organization; 2015
36. Flórez Acosta JH, Atehortúa Becerra SC, Arenas Mejía AC. Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín. *Rev Gerenc Políticas Salud* 2009; 8:107-31.
37. Pérez Cruz JA, Ceballos Álvarez GI. Dimensionando la precariedad laboral en México de 2005 a 2015, a través del modelo logístico ordinal generalizado. *Nóesis. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades* 2019; 28:109-35.
38. Organización Internacional del Trabajo. La economía informal y el trabajo decente: una guía de recursos sobre políticas, apoyando la transición hacia la formalidad. Geneva: Organización Internacional del Trabajo; 2013.
39. Boniol M, McIsaac M, Xu L, Wuliji T, Diallo K, Campbell J. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. Geneva: World Health Organization; 2019. (Health Workforce Working Paper, 1).

40. Shannon G, Minckas N, Tan D, Haghparast-Bidgoli H, Batura N, Mannell J. Feminisation of the health workforce and wage conditions of health professions: an exploratory analysis. *Hum Resour Health* 2019; 17:72.
41. Baker LC. Differences in earnings between male and female physicians. *N Engl J Med* 1996; 334:960-4.
42. Lo Sasso A, Richards M, Chou C, Gerber S. The \$16,819 pay gap for newly trained physicians: the unexplained trend of men earning more than women. *Health Aff (Millwood)* 2011; 30:193-201.
43. Ash AS, Carr PL, Goldstein R, Friedman RH. Compensation and advancement of women in academic medicine: is there equity? *Ann Intern Med* 2004; 141:205-12.
44. Gaxiola-García MA, Villalpando-Casas JJ, García-Saisó S, García-Minjares M, Martínez-González A. National examination for medical residency admission: academic variables and performance among different schools. *Salud Pública Méx* 2021; 63:60-7.
45. Secretaría de Salud, Gobierno de México. Resultados del XLIV Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) 2020. <https://www.gob.mx/salud/prensa/226-resultados-del-xilv-examen-nacional-de-aspirantes-a-residencias-medicas-enarm-2020?idiom=es> (accedido el 25/Ene/2021).
46. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud, Secretaría de Educación Pública. XLIV Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas 2020. <http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/2020.html> (accedido el 25/Ene/2021).
47. Rivera Dommarco J, Pérez Cuevas R, Reyes Morales H, Lazcano Ponce E, Alpuche Aranda C, Shamah Levy T, et al. Salud pública y atención primaria. Base del acceso efectivo a la salud de los mexicanos. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2018.
48. Fajardo Dolci G, Santacruz Varela J, Contrera Toro IF, Yorío Nieto MA, Pichs García LA, Zambrana Ávila GW, et al. Formación de médicos generales en América Latina: un reto para la salud universal. *Rev Panam Salud Pública* 2019; 43:e83.
49. Benach J, Vives A, Amable M, Vanroelen C, Tarafa G, Muntaner C. Precarious employment: understanding an emerging social determinant of health. *Annu Rev Public Health* 2014; 35:229-53.
50. Cuevas-Ahuamada V, López-Churata R. The effects of NAFTA on economic growth. *Investigación Económica* 2019; 78:63-88.
51. Machado CV. Health policies in Argentina, Brazil and Mexico: different paths, many challenges. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23:2197-212.
52. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Health at a glance, 2019. <https://www.oecd.org/mexico/health-at-a-glance-mexico-ES.pdf> (accedido 09/Jul/2021).
53. Guerra G, Gutiérrez-Calderón E, Salgado de Snyder N, Borja-Aburto VH, Martínez-Valle A, González-Block MÁ. Loss of job-related right to healthcare associated with employment turnover: challenges for the Mexican health system. *BMC Health Serv Res* 2018; 18:457.
54. Julia M, Vives A, Tarafa G, Benach J. Changing the way we understand precarious employment and health: precarisation affects the entire salaried population. *Saf Sci* 2017; 100:66-73.

Abstract

The study aimed to describe the socioeconomic characteristics and job conditions of medical personnel in Mexico. This was a cross-sectional study based on the Mexican National Occupational and Employment Survey (ENOE) for all four quarters of 2019 and the first quarter of 2020. We included all physicians who had concluded their university training. The variable “cumulative precarious labor” was constructed as the sum of five binary variables related to minimum wage, workweek, and lack of employment contract, job security, and labor benefits. Using this unweighted sum, we classified their labor conditions as absence of (0) or low (1), medium (2 to 3), or high (4 to 5) precarious labor. In the public sector, 13.4% and 3.3% of physicians were engaged in medium or high precarious labor, respectively; the percentages were higher in the private sector, with 38.5% and 7.7% ($p < 0.01$), respectively, due mainly to the lack of formal contracts and medical insurance. These conditions were exacerbated in women working in medical offices in private-sector companies, where 75.2% and 6% worked in medium or high precarious conditions, respectively, while the proportions in men were 15.6% and 7.7%, respectively ($p < 0.01$). Precarious labor exists in the Mexican health sector; labor conditions for physicians are more precarious in the private sector than in the public sector, especially in private-sector offices where female physicians are more exposed to precarious employment.

General Practitioners; Health Personnel; Employment; Physicians' Offices

Resumo

O objetivo era descrever as características socioeconômicas e as condições de emprego dos médicos no México. Estudo transversal com base na Pesquisa Nacional de Ocupação e Emprego (ENOE) do México, nos quatro trimestres de 2019 e no primeiro trimestre de 2020. Incluímos todos os médicos com estudos universitários concluídos. A variável da precariedade laboral acumulada foi construída como a soma de cinco variáveis binárias relacionadas com o piso salarial, a jornada de trabalho, a falta de contrato, segurança e benefícios sociais. Com esta soma não ponderada, classificamos as condições de trabalho em baixa (1), média (2 a 3), alta (4 a 5), e ausência de precariedade laboral (0). No setor público, 13,4% e 3,3% dos médicos estão em situação de precariedade laboral média e alta, respectivamente; os percentuais são mais elevados no setor privado, com 38,5% e 7,7% ($p < 0,01$), respectivamente, devido principalmente à inexistência de contrato escrito e de seguro médico. Estas condições se agravam para as mulheres que trabalham nos consultórios médicos das empresas do setor privado, onde 75,2% e 6% delas sofrem precariedade média e alta, respectivamente, ao passo que para os homens, os percentuais são de 15,6% e 7,7%, respectivamente, ($p < 0,01$). Existe precariedade laboral no setor da saúde mexicano; as condições de trabalho dos médicos do setor privado são mais precárias do que no setor público, em especial, nos consultórios do setor privado onde as mulheres estão mais expostas a empregos precários.

Clínicos Gerais; Pessoal de Saúde; Emprego; Consultórios Médicos

Recibido el 18/Feb/2021
 Versión final presentada el 24/Sep/2021
 Aprobado el 22/Oct/2021